UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 25

LES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX ASEPTIQUES ET LES ÉPANCHEMENTS PURIFORMES AU COURS DE LA GRIPPE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 26 Avril 1920

PAR

Maurice FERRÈRE

Né à Boufarik (Alger), le 30 Mars 1895

Médaille Militaire. — Citation à l'ordre de l'armée.
Citation à l'ordre du 1er Corps d'armée.
Citation à l'ordre du Régiment et citation à l'ordre du Détachement de Fusiliers Marins.
Fourragère individuelle.

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, *Professeur de clinique médicale*..... PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et de microbiologie.* }
MICHELEAU, *Professeur de médecine légale*..... } JUGES.
DUMOLARD, *chargé des fonctions d'agrégé (médecine)*. .... }

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

LES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX ASEPTIQUES

ET LES ÉPANCHEMENTS PURIFORMES

AU COURS DE LA GRIPPE

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 25

LES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX ASEPTIQUES ET LES ÉPANCHEMENTS PURIFORMES AU COURS DE LA GRIPPE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 26 Avril 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Maurice FERRÈRE

Né à Boufarik (Alger), le 30 Mars 1895

Médaille Militaire. — Citation à l'ordre de l'armée.
Citation à l'ordre du 1er Corps d'armée.
Citation à l'ordre du Régiment et citation à l'ordre du Détachement de Fusiliers Marins.
Fourragère individuelle.

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, *Professeur de clinique médicale*..... PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et de microbiologie.*
MICHELEAU, *Professeur de médecine légale*..... JUGES.
DUMOLARD, *chargé des fonctions d'agrégé (médecine)*. ....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O. ✲, I. ❁).
ASSESSEUR..... HÉRAIL (I. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie.....	MM. WEBER (✲, I. ❁).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ❁).
Chimie biologique et toxicologie.....	MAILLARD (✲, I. ❁, ◉).
Chimie médicale.....	X.....
Clinique médicale.....	ARDIN-DELTEIL (I. ❁),
Clinique chirurgicale.....	VINCENT (I. ❁).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	CURTILLET (O. ✲, I. ❁).
Clinique obstétricale.....	ROUVIER (✲, I. ❁).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (✲, A. ❁).
Clinique médicale infantile.....	CRESPIN (I. ❁).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées..	GILLOT (I. ❁).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT, (✲, I. ❁, O.❁).
Histologie.....	ARGAUD (✲, I.❁).
Hygiène.....	CHASSEVANT (✲, I. ❁, ❁).
Médecine légale.....	MICHELEAU (✲).
Matière médicale et thérapeutique.....	HÉRAIL (I. ❁).
Pathologie générale et microbiologie.....	SOULIÉ (✲, I. ❁).
Pharmacie.....	X.....
Physiologie.....	TOURNADE (✲).
Physique médicale.....	DUFOUR (I. ❁).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✲).
REY (✲, I. ❁).
MM. BATTANDIER (I. ❁).
MALOSSE, Théod. (I. ❁, ◉).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✲, I. ❁).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie.....	MM. FERRARI.
Chirurgie.....	E. CABANES (✲, I. ❁).
	LOMBARD.
Médecine.....	RAYNAUD.
	M. DUMOLARD.
Accouchements.....	FUSTER (✲, I. ❁).
Chimie.....	H. MALOSSE (I. ❁).
Pharmacie et matière médicale.....	MUSSO (A. ❁).
Parasitologie et sciences naturelles.....	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A ma Grand'Mère

A ma Mère — A mon Père

A ma Sœur

A ma Famille

A LA MÉMOIRE

de mes Amis et Camarades d'Études

les Docteurs

CHARNOT, ZAGREWSKI, SÉSINI, MATTÉI, CALAMEL

Morts pour la France, face à l'ennemi.

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS

Officiers et Matelots

de la Brigade et du Détachement de Fusiliers Marins

Morts pour la France, face à l'ennemi.

A mon Maitre et Président de Thèse

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine d'Alger.

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous fait le très grand honneur d'en accepter la présidence.

Gage de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A mes Juges

Monsieur SOULIÉ

Professeur de Pathologie générale et de Microbiologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur MICHELEAU

Professeur de Médecine légale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur DUMOLARD

Chargé des fonctions d'Agrégé (Médecine)

Respectueux hommage.

A mes Maîtres
de la Faculté de Médecine d'Alger
et de l'Hôpital de Mustapha

A mes Maîtres
de la Faculté de Médecine
de l'École de Médecine Navale
et des Hôpitaux de Bordeaux

A mes Amis et Camarades d'Études

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail qui termine notre vie d'étudiant, qu'il nous soit permis de revivre un passé, sans cesse présent à notre cœur et d'évoquer tout d'abord, avec une émotion profonde, toujours égale, le souvenir de nos chers camarades d'enfance, d'études, de nos amis tombés glorieusement sur les champs de bataille. Nous saluons pieusement leur mémoire et nous nous inclinons bien bas devant la grandeur de leur sacrifice.

Nous avons au cours de nos études contracté des dettes de reconnaissance multiples ; il nous est un devoir agréable de les exprimer publiquement et d'offrir à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale, l'hommage de notre vive gratitude.

Que Monsieur le Professeur Ardin-Delteil veuille bien recevoir le faible témoignage de notre profonde reconnaissance et l'assurance de notre entier dévouement pour l'intérêt et l'affectueuse sollicitude qu'il nous a témoignés durant toutes nos études.

Que Monsieur le Professeur Curtillet, Doyen de la Faculté de Médecine, pour sa grande bonté à notre égard, que MM. les Professeurs Rouvier, Soulié, Vincent, Cange, Argaud, Poujol, Crespin, Dufour, Weber, Leblanc, Gillot, Ferrari, Raynaud, Lombard, E. Cabanes, Dumolard, pour la bienveillance qu'ils nous ont portée, soient assurés de notre respectueuse et vive reconnaissance.

Notre gratitude et nos remerciements vont également à M. Wunschendorff, à MM. les docteurs Coudray, Pelis-

sier, Montpellier, Derrieu, Pouget, qui nous ont honorés de leur sympathie et nous ont entourés d'excellents conseils.

MM. les Médecins de la Marine Baudry, Maille, Bessière, Cristau, sous les ordres desquels nous avons été pendant cinq ans, nous ont toujours montré une autorité bienveillante et amicale ; nous en conservons un souvenir reconnaissant.

Nous adressons à notre excellent camarade le Docteur André Fouet l'expression de notre profonde affection et de notre inaltérable amitié, longuement et fortement trempées aux périls de la vie des « tranchées » ; à notre bon camarade Francisque Bernard, ex-pharmacien de la Marine, l'assurance de notre affectueux attachement.

Enfin que tous nos amis de la Faculté d'Alger, les Docteurs Dupuy d'Uby, Ebert et Mac-Nab, Laquière, Chabrol, Pruvost, Travail, Ribet, Béraud, Pétrement, Lebon, Lacroix, etc... dont la sympathie nous a été et nous restera précieuse, soient assurés de notre profonde amitié.

INTRODUCTION

L'épidémie de grippe, par une extension considérable et une intense sévérité, vient d'ajouter un nombre presque égal de victimes aux hécatombes d'une guerre meurtrière.

Elle s'est signalée par la prédominance de ses localisations pulmonaires et s'est accompagnée, plus souvent qu'il n'était habituel de le voir dans les infections d'autre nature portant sur l'arbre respiratoire, de réactions du côté de la plèvre.

Tous les auteurs ont été frappés de cette fréquence des manifestations pleurales consécutives aux complications pulmonaires au cours de la grippe.

L'étude de toutes les communications, faites à ce sujet pendant les années 1918-19-20, met en relief l'extrême diversité, le polymorphisme des réactions séreuses : pleurite sèche, épanchements aseptiques, séreux, séro-fibrineux, hémorragiques, puriformes, pleurésies purulentes.

Les pleurésies purulentes, à agents pathogènes, à allures cliniques, à pronostics essentiellement variables dans l'épidémie actuelle, déjà bien étudiées dans leurs indications diagnostiques et opératoires lors de l'épidémie de 1889-90, ne seront pas abordées dans notre étude.

Nous ne dirons rien non plus des pleurésies sèches qui sont de constatation banale, se manifestent cliniquement par de la douleur, par quelques frottements.

Nous nous proposerons seulement dans ce modeste travail d'étudier les épanchements aseptiques de la plèvre au

cours de la grippe et tout spécialement les épanchements puriformes.

Un exposé sommaire des épanchements puriformes en général fera l'objet de la première partie.

La deuxième partie sera consacrée aux épanchements aseptiques d'origine grippale.

Nous essaierons d'en établir, dans trois chapitres successifs, l'étiologie, la pathogénie, puis les signes physiques et les caractères. Le chapitre suivant sera réservé à la cytologie et au diagnostic causal, le dernier à l'évolution, au pronostic et au traitement.

Nous avons joint vingt-trois observations à notre thèse. Les deux premières sont inédites ; nous les devons à la très grande obligeance de notre Maître Monsieur le Professeur Ardin-Delteil et de M. le Docteur Derrieu, son chef de clinique, qui en a fait les examens de laboratoire. Les autres sont puisées dans la littérature médicale : les observations 3 à 21 ont été publiées résumées par M. Coskinas dans la Presse Médicale du samedi 17 janvier 1920, les deux dernières ont été communiquées par MM. Widal et Gougerot à l'Académie de Médecine le 27 juillet 1907.

Première Partie

Les épanchements puriformes aseptiques en général

Les pleurésies puriformes aseptiques ont été signalées, déjà depuis longtemps, dans diverses lésions mécaniques ou inflammatoires du parenchyme pulmonaire.

Dès 1896, M. Griffon observe un cas de pleurésie pneumonique à sérosité louche, aseptique (ensemencements, inoculation à la souris), publié dans la thèse de Mauvais et en 1898, un cas de pleurésie purulente stérile parapneumonique qui figure dans la thèse de Siems en 1901.

En 1897, M. Le Damany, dans sa thèse magistrale sur les pleurésies séro-fibrineuses, relate une observation de pleurésie parapneumonique où la ponction faite avant la défervescence retire un liquide séro-purulent, louche, un peu verdâtre, riche en globules de pus, que l'examen microscopique, les cultures et l'inoculation à la souris montrent aseptique. « Ce liquide ne contient ni pneumocoques vivants, ni cadavres de pneumocoques. »

Ces faits, rares d'ailleurs, restent isolés, sans connexions jusqu'en 1900. A cette époque, MM. Vidal et Ravaut, en faisant de l'examen histologique des éléments figurés des sérosités un procédé nouveau et remarquable d'investigation et en portant cette étude à la hauteur d'une méthode scientifique de diagnostic, suscitent des recherches nom-

breuses et fécondes et permettent la mise au point de cette question de pathologie.

MM. Barjon et Cade, à Lyon, en 1901-2, étudient spécialement les épanchements pleuraux des cardiaques et des brightiques et, dans divers travaux, entre autres dans la thèse de leur élève Barège en 1903, distinguent, à côté d'épanchements à type purement mécanique (hydrothorax), un groupe d'épanchements congestifs et inflammatoires consécutifs à des infarctus, à des congestions pulmonaires, également signalés par Ravaut dans sa thèse. Leur liquide, aseptique, est trouble, sanguinolent, riche en éléments cellulaires, à forme leucocytaire caractérisée par l'abondance des polynucléaires et la rareté des cellules endothéliales.

MM. Widal et Gougerot apportent à la Société Médicale des Hôpitaux en 1906, à l'Académie de Médecine en 1907, plusieurs cas de pleurésies puriformes aseptiques chez des pneumoniques, chez des cardiaques à la suite d'infarctus pulmonaires. Leur liquide, à teinte louche ou à aspect de pus septique, présente une polynucléose neutrophile prédominante, quelques cellules endothéliales et lymphocytes, d'assez nombreux globules rouges. Ils indiquent que cette formule leucocytaire est toujours l'indice d'une congestion pulmonaire plus ou moins intense, d'une véritable fluxion blanche. Ils ont surtout le mérite d'insister longuement sur l'intégrité des leucocytes polynucléaires, indice de la stérilité de l'exsudat et d'en faire ressortir l'importance au point de vue du diagnostic avec les pleurésies purulentes vraies où ces éléments sont altérés d'emblée et présentent notamment des figures de cariolyse, des contours protoplasmiques déchiquetés. Ces caractères : prédominance et intégrité des polynucléaires existent également dans les épanchements séro-fibrineux, de même

nature et de même origine, qui ne diffèrent des épanchements puriformes que par une moindre quantité de fibrine et une plus faible richesse en éléments figurés.

Ainsi que nous venons de le voir, les épanchements pleuraux limpides ou puriformes, à formule contenant presque exclusivement des polynucléaires absolument intacts, donc à liquide aseptique, se rencontrent chez les malades atteints d'infection pulmonaire : pneumonie, broncho-pneumonie et chez les cardiaques à l'occasion de brusques congestions pulmonaires et dans les cas d'infarctus. Ils peuvent se voir aussi dans un grand nombre de circonstances.

M. Ravaut en a signalé un cas, consécutif à une embolie pulmonaire, chez une malade atteinte de phlébite.

M. Castaigne les a observés aux cours du rhumatisme articulaire aigu, M. Ravaut dans des fièvres typhoïdes à la suite de congestions pulmonaires.

On les a remarqués également, développés secondairement par contiguité, dans un phlegmon sous-phrénique post-appendiculaire (Widal et Gougerot), dans un abcès du foie (Ravaut).

Enfin on les a constatés dans l'épidémie actuelle de grippe à l'occasion de complications pulmonaires. Leur étude, principal objet de cette thèse, sera faite dans les chapitres suivants ; elle les montrera absolument identiques, superposables à ceux décrits par MM. Widal et Gougerot.

Deuxième Partie

Les épanchements aseptiques au cours de la grippe

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

M. Mangenot, élève de Teissier, relate en 1892 que « la pleurésie séro-fibrineuse est la forme la plus rare des déterminations pleurales de la grippe ». Il en a recueilli deux observations dans sa thèse.

M. Bourges écrit en 1897 : « l'épanchement peut être séreux, dans le plus grand nombre des cas il est purulent ».

Au contraire, à propos de l'épidémie actuelle, nous pouvons dire avec MM. Rathery, David, Rault, Thomas que « nous avons été frappés de la grande fréquence des pleurésies séro-fibrineuses », sans affirmer cependant aussi catégoriquement que « les cas de pleurésie purulente vraie ont été exceptionnels ».

M. Coskinas observe dix-neuf cas d'épanchements pleuraux aseptiques chez vingt-huit malades présentant des phénomènes pulmonaires et soumis systématiquement à la ponction exploratrice, ce qui fait une proportion de 68 %, alors qu'il n'a que six épanchements purulents, dont trois ayant succédé à un épanchement aseptique.

MM. Trémolières et Rafinesque arrivent à un chiffre sensiblement voisin.

Il y a lieu cependant de tenir compte dans ces estimations d'un certain génie épidémique régional, qui s'est manifesté dans certaines contrées, dans certains foyers, par la fréquence d'une détermination pleurale ailleurs exceptionnelle, abstraction faite du facteur temps qui s'est traduit de son côté par des variations analogues.

Il nous est à peu près impossible, faute de données suffisantes, d'évaluer la fréquence de cette affection suivant le sexe, suivant l'âge ; nos observations, moins une concernant une jeune fille de 17 ans, ont trait à des hommes jeunes.

Un élément domine toute l'étiologie : l'épanchement pleural est toujours consécutif à une complication pulmonaire, congestion, pneumonie, broncho-pneumonie ; il est en étroit rapport avec elle et dans toutes nos observations siège du même côté.

Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature médicale, de relation d'épanchement primitif, indépendant de toute localisation pulmonaire, même lors des septicémies grippales

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

M. Coskinas hésite à employer le terme de pleurésie pour désigner les épanchements aseptiques de la plèvre au cours de la grippe. Il préfère les qualifier d'épanchements pneumogènes, entrant ainsi entièrement dans les vues de M. Le Damany.

Ce dernier a établi, depuis 1891, une distinction entre les épanchements pleurétiques produits par des agents pathogènes contenus dans la cavité pleurale, caractérisés par une inflammation de la séreuse et les épanchements pseudo-pleurétiques, pneumogènes, qui ont une origine aseptique, sont comparables aux hydrothorax, ne se traduisent par aucune lésion histologique. Les épanchements qui nous concernent entrent dans cette dernière catégorie.

Il ne nous a pas été possible de constater, par l'autopsie, l'état de la séreuse et de contrôler cette absence de lésion.

Cependant l'épanchement, bien que toujours stérile, a pu subir la transformation purulente. D'autre part il s'accompagne d'élévation thermique même après la résolution des phénomènes pulmonaires. Enfin la nature du liquide retiré par la ponction, dans la majorité des cas, est nettement inflammatoire : la réaction de Rivalta est positive, l'élément dominant est le polynucléaire.

MM. Widal et Gougerot, malgré cette polynucléose sont d'avis que ces pleurésies métapneumoniques, grippales ou non, séro-fibrineuses ou puriformes, sont le résultat d'une fluxion violente, le témoin d'un état congestif banal purement mécanique, entraînant l'exsudation des hématies, favorisant la diapédèse des leucocytes.

Tout en reconnaissant que cette congestion péri-inflam-

matoire doit jouer un rôle, peut-être important, dans la pathogénie de ces épanchements, nous ne pouvons ne pas admettre une répercussion de l'infection pulmonaire sur la séreuse contigue, sus-jacente. Il nous semble que la flore microbienne (bacille de Pfeiffer, pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, etc...), décelée dans les épanchements purulents, trouvée dans l'expectoration, à virulence parfois exaltée, doit agir, peut-être directement, surtout par ses produits toxiques diffusibles sur une plèvre déjà irritée, lésée par l'élément congestif.

C'est ainsi que pour le pneumocoque, par exemple, MM. Carnot et Fournier, en 1900, ont recueilli, après dialyse à travers une membrane de collodion, des toxines capables de produire les mêmes lésions que l'agent microbien.

Il se passe, à notre avis, un phénomène analogue à celui que l'on réalise expérimentalement en injectant des bouillons stériles, c'est-à-dire des toxines, dans le péritoine des cobayes : appel de leucocytes, production d'un épanchement plus ou moins louche et amicrobien.

Cette façon de voir permet d'expliquer les variations de la formule leucocytaire, les modifications d'aspect, de couleur des exsudats par l'électivité, la prédominance, la virulence, l'association de tel ou tel germe. N'est-il pas d'ailleurs de notion courante que, dans les pleurésies purulentes, le pneumocoque produit un pus épais, crémeux, jaune verdâtre, alors que le streptocoque et le staphylocoque donnent un liquide louche, séro-purulent.

Quoiqu'il en soit, afin de ne pas préjuger d'une pathogénie mal établie, hypothétique, nous nous basons uniquement sur une constatation bactériologique bien établie pour qualifier ces réactions pleurales d'épanchements pleuraux aseptiques.

CHAPITRE III

SIGNES PHYSIQUES ET CARACTÈRES DE L'ÉPANCHEMENT

L'épanchement, toujours contemporain de la complication pulmonaire, fait son apparition en pleine période fébrile, dès les premiers jours de la maladie ; quelques fois « il paraît tardif parce que continuant à se développer alors que l'infection pulmonaire a terminé son évolution. »

Il se forme le plus souvent d'une façon insidieuse, à peine accusé par un point de côté.

Le volume du liquide épanché dans la grande cavité est presque toujours minime : quelques centimètres cubes, son épaisseur réduite, sa hauteur variable. Il se dispose en une mince lame à la surface d'un poumon que la congestion rend incompressible, distendu. M. Olmer signale que « parfois l'épanchement est plus abondant et atteint 800 grammes, un litre ». Dans notre observation II la ponction évacuatrice a donné 700 grammes.

Les signes physiques sont ceux habituels aux épanchements de faible volume : submatité ou matité, abolition des vibrations thoraciques, diminution du murmure vésiculaire, souffle, égophonie, pectoriloquie aphone. Mais ils sont le plus souvent amoindris et n'existent pas toujours au complet. Il y a persistance des frottements.

Les signes stéthoscopiques des lésions pulmonaires restent presque toujours perçus et parfois par leur intensité masquent à ce point l'épanchement qu'il n'est décelé que par la ponction exploratrice systématiquement employée.

MM. Rathery, David, Rault, Thomas, par contre, se sont trouvés en présence de « cas assez nombreux dans lesquels existaient des symptômes pleurétiques nets, mais la ponction était cependant négative et la radioscopie montrait un foyer purement pulmonaire ».

La réaction pleurale s'accompagne d'élévation thermique. Nous en avons un exemple très frappant dans l'observation I. La durée de la fièvre pour toute la maladie varie dans nos observations de cinq à vingt et un jours.

Un autre caractère de ces épanchements aseptiques est de présenter tous les intermédiaires entre la limpidité et l'aspect de pus septique, toute l'échelle des teintes du jaune citrin pâle au rouge sang. On peut cependant essayer de les grouper dans les catégories suivantes : épanchements séreux, séro-fibrineux, séro-hématique, séro-puriforme et puriforme.

Cet aspect du liquide varie non seulement suivant les malades, mais aussi chez le même malade dans la succession des ponctions et même entre les deux plèvres simultanément.

Nous voyons, par exemple, dans les observations II et VII, le liquide séro-hématique à une ponction devenir séro-puriforme ou puriforme à la suivante.

Dans l'observation XV, l'épanchement droit en quatre jours de séro-hématique se transforme en puriforme et dans le même temps l'épanchement gauche reste séro-hématique.

Dans l'observation XVIII, du jour au lendemain, l'exsudat passe de séro-hématique à séro-fibrineux.

Dans l'observation IX, l'épanchement gauche est séro-fibrineux, le droit séro-hématique.

Ces transformations successives et multiples rendent très difficiles le classement des épanchements suivant l'aspect et l'étude comparative de leur fréquence. Cette

indication de la fréquence suivant l'apparence, susceptible de varier avec chaque auteur, n'aura rien de bien rigoureux ; elle ne présente d'ailleurs qu'une importance toute relative.

Nos observations donnent les chiffres suivants :

Epanchements séreux	1
Séro-fibrineux	10
Séro-hématiques	6
Séro-puriformes ou puriformes	6

Nous rangeons dans la catégorie puriforme l'épanchement de l'observation VII, qui avait été séro-hématique à une ponction antérieure.

M. Olmer a noté, entre autres, les combinaisons suivantes : pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité et pleurésie interlobaire suppurée, épanchement purulent d'un côté et séro-fibrineux de l'autre.

M. Coskinas relate un cas d'épanchement aseptique de la grande cavité développé simultanément et du même côté qu'une pleurésie purulente enkystée vidée par vomique (observation IV).

CHAPITRE IV

CYTOLOGIE ET DIAGNOSTIC CAUSAL

Le liquide retiré par la ponction, dans nos deux observations inédites, a été examiné directement après étalement et coloration, ensemencé largement sur divers milieux nutritifs, inoculé soit au cobaye, soit à la souris, suivant les techniques habituelles de laboratoire. Dans les autres observations ici rapportées, il a été chaque fois examiné directement et ensemencé. Il a toujours été reconnu parfaitement stérile.

Nous avons insisté dans le chapitre précédent sur la variabilité d'aspect des liquides épanchés ; les formules leucocytaires présentent également un polymorphisme très grand.

Il nous est assez facile, au point de vue quantitatif, d'établir entre ces deux constatations un parallélisme de variation : l'aspect puriforme, séro-puriforme, limpide, résulte d'une plus ou moins grande proportion de fibrine, d'une plus ou moins grande richesse en leucocytes ; la teinte séro-hématique est en rapport avec le grand nombre des hématies.

Au point de vue qualitatif, par contre, nous ne pouvons pas être aussi catégorique par suite des transformations fréquentes du rapport des divers éléments de la formule dans le cours des ponctions.

Nous constatons cependant que la polynucléose prédomine dans la grande majorité des cas.

Cette polynucléose qui existe toujours dans les épanchements apparemment puriformes ou séro-puriformes

se trouve aussi dans d'autres épanchements que nous pourrions appeler histologiquement puriformes : huit fois sur dix dans les séro-fibrineux, cinq fois sur six dans les séro-hématiques.

Ces constatations sont analogues à celles faites par MM. Widal et Gougerot à propos des épanchements survenus au cours de pneumonies banales. Dans toutes ces variétés de liquides, la formule cytologique est superposable à celle que ces auteurs ont décrite.

La lymphocytose n'existe que rarement, quatre fois seulement (observations V, XI, XIII, XV).

Il n'est signalé de mononucléaires que dans l'observation I.

Les hématies existent, en nombre plus ou moins grand, dans la presque totalité des préparations.

L'examen cytologique nous montre encore la présence de grandes cellules desquamées de l'endothélium pleural. Dans nos deux observations elles sont très rares, de même que dans les deux observations de MM. Widal et Gougerot; dans les observations de M. Coskinas, leur nombre le plus souvent assez grand atteint parfois la moitié de celui des leucocytes. Ces cellules, presque toujours isolées, rarement disposées en placards, présentent des signes d'altération : dégénérescence vacuolaire, déformation et moindre netteté des contours, perte de l'affinité tinctoriale, etc..., en général d'autant marqués que l'épanchement est ancien. A noter rarement quelques figures de macrophagie.

Les polynucléaires font contraste par leur intégrité. La délicatesse du réseau chromatinien de leur noyau est conservée. Leur protoplasma est homogène, finement granuleux, à contour nettement arrondi, non déchiqueté. Les granulations sont neutrophiles, exceptionnellement éosinophiles.

Ainsi que MM. Widal et Gougerot l'ont nettement établi, cette conservation de l'intégrité du polynucléaire est d'une importance considérable pour l'établissement du diagnostic différentiel entre une pleurésie amicrobienne et une pleurésie purulente, dans le cas d'un liquide louche, à aspect de pus ou histologiquement puriforme. Elle permettra au seul examen microscopique, du premier coup d'œil, d'en affirmer la nature aseptique. Elle donnera la possibilité de porter un pronostic meilleur et guidera dans le choix du traitement, en attendant les résultats lointains des ensemencements et inoculations.

Dans les épanchements à lymphocytose, rares dans nos observations, mais constamment observés par MM. Ratherry, David, Rault, Thomas, le diagnostic doit se poser avec la tuberculose. Les méthodes habituelles de laboratoire : inoculations au cobaye, cultures en milieux glycérinés, l'allure clinique de la maladie feront résoudre le problème.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION — PRONOSTIC — TRAITEMENT

L'épanchement peut être tantôt fugace, la résorption se fait spontanément en peu de jours sans laisser de traces, d'autres fois la résolution est traînante et dans notre observation I, s'étend sur plusieurs semaines.

M. Coskinas signale la transformation purulente d'un épanchement aseptique chez trois malades sur vingt-deux, ce qui fait un pourcentage de 13.5 % ; nous n'avons rien observé de semblable.

En général, l'évolution se fait spontanément vers la guérison et ne semble pas être modifiée par la nature de l'épanchement.

La maladie n'est pas aggravée par cet épiphénomène pleural ; le pronostic immédiat est excellent ; le pronostic lointain n'est pas à réserver, il est bon.

Chez les malades de nos observations II et XIX, les décès sont à attribuer dans le premier cas à l'aggravation par la grippe d'un état antérieur, dans le deuxième à d'autres complications de la grippe.

Le traitement ne comporte aucune indication spéciale. Il reste purement symptomatique. Il est très exceptionnel que la thoracentèse soit nécessaire; chez tous nos malades, la ponction évacuatrice n'a été faite qu'une fois (observation II). Toute la thérapeutique est surtout à mettre en œuvre contre l'affection causale : grippe et complication pulmonaire.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite)

Astasie. — Abasie. — Broncho-pneumonie grippale.
Epanchement pleural aseptique séro-puriforme a droite.

C... Louise, 17 ans 1/2, est en traitement Salle Andral pour astasie, abasie.

Le 3 janvier 1920, la malade présente fièvre, céphalée et frissons.

Le 5. — Enchifrènement, toux rauque sans expectoration. Rien à l'auscultation. Pharynx rouge, amygdales enflées.

Le 6. — Petits foyers de sous-crépitants à la base droite, sans modification des vibrations ni de la sonorité.

Le 7. — Crépitants fins base droite.

Le 9. — Epistaxis dans le cours de la nuit.
A la base droite, matité, obscurité respiratoire, gros frottements et crépitants fins, tendance au souffle.

Le 10. — Matité plus étendue, souffle aux deux temps, gros frottements, crépitants et sous-crépitants.

Le 12. — A la base gauche, submatité, diminution du murmure vésiculaire ; pas de pectoriloquie aphone, pas de souffle ; foyers de congestion pulmonaire.

Le 13. — A la base droite, depuis l'angle de l'omoplate : matité, abolition des vibrations, souffle doux aux deux temps, broncho-égophonie et pectoriloquie aphone, râles fins de congestion pulmonaire.

Du 13 au 15, chute de la température qui a présenté une courbe de grippe.

Le 16. — Le signe du sou est positif ; le souffle est surtout expiratoire ; frottements.

Le 17. — Abolition complète du murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon droit.

La ponction exploratrice donne un peu de liquide sirop de limon.

Formule cytologique mixte : lymphocytes, mononucléaires, polynucléaires, globules rouges, cellules endothéliales.

Le 24. — Depuis hier point de côté assez vif dans l'hémithorax droit. Percussion douloureuse, obscurité complète, égophonie. Légère dyspnée. La fièvre reparait depuis hier au soir.

La ponction retire un peu de liquide citrin trouble qui contient des polynucléaires intacts en grande majorité et quelques hématies.

Pas de microbes à l'examen direct.

Les cultures sur gélose et en bouillon restent négatives.

Le 27. — Nouvelle ponction exploratrice.

Liquide jaune trouble.

Réaction de Rivalta positive.

Après 24 heures, pas de coagulum ; quelques flocons.

Pas de microbes à l'examen direct.

Ensemencements sur gélose, Weissenbach, négatifs.

Globules blancs à protoplasme granuleux et à noyaux intacts.

Polynucléaires neutrophiles.....	62	pour 100
Polynucléaires éosinophiles.....	1	—
Mononucléaires grands et moyens.	31	—
Lymphocytes	6	—

Nombreuses hématies.

Du 23 janvier au 4 février, petites oscillations thermiques aux environs de 38.

Le 21 février, il persiste toujours à la base droite de l'obscurité respiratoire avec matité et vibrations abolies. Plus d'égophonie ni de pectoriloquie aphone.

La malade sort guérie le 16 mars 1920.

Observation II (inédite)

Broncho-pneumonie greffée sur emphysème et bronchite chronique. — Œdème pulmonaire. — Cyanose. — Réaction pleurale aseptique base droite. — Forme pseudo-phymique. — Mort en asystolie.

S... Antoine, 30 ans, entre Salle Trousseau, le 13 janvier 1920, pour une crise d'oppression considérable avec bouffissure et cyanose du visage et toux.

Le malade a eu, depuis trois mois, trois crises semblables mais d'intensité et de durée moindres ; dans leur intervalle il a eu des palpitations et de la dyspnée d'effort.

Il a été réformé pendant la guerre pour bronchite chronique ; il a eu quelques hémoptysies.

Il a eu, il y a quatre jours, une poussée grippale avec forte fièvre et crachats hémoptoïques.

Examen à l'entrée : Température = 37,8. Dyspnée très marquée. Face et extrémités très cyanosées. Face bouffie. Pas d'œdème aux jambes. Déformation des doigts en baguettes de tambour. Exophtalmie bilatérale.

Appareil respiratoire : Toux, expectoration très abondante, spumeuse.

A l'auscultation, en avant, nombreux râles d'œdème, sous-crépitants ; en arrière, râles de bronchite très nombreux, bruit de tempête.

Cœur : Battements épigastriques. Pointe abaissée. Pas d'augmentation sensible de la matité cardiaque. Bruits normaux. Pas de souffle. Tendance au bruit de galop.

Artères : Pouls rapide, petit, régulier. Tension à l'oscillomètre Pachon : Mx = 16, Mn = 9.

Veines : Jugulaires turgescentes. Pas de gonflement inspiratoire. Pas de reflux hépato-jugulaire.

Sang : Urée = 0 gr. 52.

Foie : hypertrophié et douloureux descendant jusque dans la région ombilicale.

Rate non perceptible.

Appareil urinaire : Pas de pollakiurie. Albumine = 0 gr. 25 Pas de sucre.

Pas de troubles digestifs. Langue non saburrale.

Prostration accentuée, asthénie. Légère obnubilation. Euphorie.

Le 14 janvier. — Température = 38. Pouls = 106. Respiration = 40. Bruit de galop. Cyanose moins marquée. Diminution de la matité hépatique.

Le 15. — Température = 37,6. Crachats purulents sans bacilles de Koch. Respiration rude, bronchitique ; gros sous-crépitants généralisés. Submatité et obscurité respiratoire dans le tiers inférieur du poumon droit.

Le 20. — Crachats hémoptoïques. Temp. = 38. P. = 112. R. = 40.

Une ponction exploratrice de la base droite ramène un peu de liquide séro-hématique.

Formule cytologique :

Prédominance des polynucléaires (intacts).

Quelques lymphocytes.

Quelques cellules endothéliales.

Globules rouges.

Réaction de Rivalta, positive.

Pas de microbes à l'examen direct.

Ensemencements sur gélose et en bouillon, négatifs.

Le 22. — Température = 37, 5. Submatité, diminution des vibrations, frottements, sans égophonie, à la base droite. Foyer de sous-crépitants dans l'aisselle droite. A gauche, râles de bronchite. Aux deux poumons en avant, sous-crépitants volumineux.

Le 23. — Athermie. Apparition en divers points des téguments, en particulier sur les membres et l'hémithorax droit, d'un pointillé ecchymotique sur fond d'érythème, s'effaçant difficilement à la pression. Ecchymoses très nettes au niveau

de l'avant-bras et de la cuisse droite. Pas d'épistaxis. Pas de sang dans les selles. Douleurs dans les mollets, exacerbées par la pression. Œdème des jambes remontant jusqu'aux genoux.

Le 24. — Cyanose. Pouls = 124, très dépressible. Respiration = 42. Pas d'albumine.

Gros encombrement bronchique en avant. Submatité avec obscurité respiratoire à la base droite.

Ponction évacuatrice de 700 grammes de liquide trouble.

Formule :

Polynucléaires intacts.....	85	pour 100
Lymphocytes	10	—
Cellules endothéliales	5	—

Réaction de Rivalta, positive.

Pas de microbes à l'examen direct.

Ensemencements sur bouillon, bouillon glucosé, gélose, gélose ascite, Weissenbach, Veillon : négatifs.

Inoculation à la souris : négative.

Du 24 janvier au 2 février les phénomènes d'asystolie s'accentuent, principalement la cyanose qui n'est plus amendée par les saignées et les toni-cardiaques.

Le malade meurt le 2 février.

La famille se refuse à l'autopsie.

Observation III

(M. Coskinas)

V..., 21 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 27 mars 1919, le troisième jour de sa maladie. Diagnostic : congestion pulmonaire grippale. Durée de la fièvre, cinq jours. Epanchement pleural droit séro-hématique. Cultures stériles. Guérison.

Première ponction, 30 mars 1919 : liquide séro-hématique.

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 10 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 90 pour 100 (intacts).
Rares cellules endothéliales non altérées en placards.

Deuxième ponction, 1er avril : liquide séro-hématique.

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 30 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 70 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales altérées.

Troisième ponction, 4 avril : liquide séro-hématique.

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 40 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 60 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales altérées.

Quatrième ponction, 9 avril : liquide séro-fibrineux.

Rares globules rouges.
Lymphocytes, 84 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 16 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales isolées.

Observation. — Polynucléose suivie de lymphocytose.

Observation IV

(M. Coskinas)

L. J..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 25 mars 1919, le cinquième jour de sa maladie. Diagnostic : broncho-pneumonie grippale droite, avec congestion pulmonaire de la base du poumon gauche. Complications : pyopneumothorax interlobaire droit. Durée de la fièvre : 16 jours. Après apyrexie de deux jours, nouvelle ascension thermique à grandes oscillations pendant trente jours, jusqu'à l'opération. Epanchement droit séro-fibrineux aseptique. Cultures stériles. Guérison.

Première ponction, 28 mars :

Rares hématies.
Lymphocytes, 30 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 70 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales altérées.

Deuxième ponction, 30 mars :

Hématies plus nombreuses.
Lymphocytes, 20 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 80 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales et leucophages.

Troisième ponction, 6 avril :

Rares hématies.
Lymphocytes, 18 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 82 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales altérées.

Quatrième ponction, 17 avril :

Rares polynucléaires neutrophiles.
Nombreux leucophages.

Observation V

(M. Coskinas)

G. B..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 25 mars 1919, dixième jour de sa maladie. Diagnostic : congestion pulmonaire grippale. Durée de la fièvre : quatorze jours. Epanchement séreux aseptique. Cultures négatives. Guérison.

Première ponction, 8 avril : liquide séreux.

Rares lymphocytes, rares polynucléaires neutrophiles intacts, nombreuses cellules endothéliales altérées.

Deuxième ponction, 16 avril :

Même formule.

Troisième ponction, 24 avril :

Lymphocytes, 70 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles intacts, 30 pour 100
Rares cellules endothéliales altérées.

Quatrième ponction, 8 mai :

Même formule.

Cinquième ponction, 20 mai :

Lymphocytose absolue.

Ce malade est sorti de l'hôpital le 20 mai, très bien portant, mais ayant encore de l'épanchement dans sa plèvre.

Observation VI

(M. Coskinas)

A. S..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 13 avril 1919. Troisième jour de sa maladie. Durée de la fièvre, cinq jours.

Diagnostic : congestion pulmonaire grippale. Epanchement pleural gauche, séro-hématique aseptique. Guérison.

Première ponction, 14 avril :

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 81 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 14 pour 100 (intacts).
Polynucléaires éosinophiles, 5.
Nombreuses cellules endothérales intactes.

Deuxième ponction, 19 avril :

Nombreuses hématies.
Globules rouges nucléés, 10 pour 100.
Lymphocytes, 2 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles intacts, 88 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales légèrement altérées.

Observation VII

(M. Coskinas)

M. C..., 20 ans, soldat, entre à l'hôpital le 4 avril 1919, quatrième jour de sa maladie. Diagnostic : broncho-pneumonie grippale gauche. Congestion pulmonaire de la base du poumon droit. Durée de la fièvre, dix-sept jours. Epanchement droit séro-hématique devenu puriforme aseptique. Guérison.

Première ponction, 5 mai : épanchement séro-hématique.

Nombreuses hématies.
Globules rouges nucléés, 3 pour 100.
Lymphocytes, 44 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 55 pour 100.
Polynucléaires éosinophiles, 1 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales légèrement altérées.

Deuxième ponction, 8 mai :

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 38 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles intacts, 43 pour 100.
Polynucléaires éosinophiles, 17 pour 100.
Myélocytes éosinophiles, 1 pour 100.
Mastzellen, 1 pour 100.
Cellules endothéliales altérées.

Troisième ponction, 19 mai : épanchement puriforme.

Hématies peu nombreuses.
Lymphocytes, 25 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 2 pour 100.
Polynucléaires éosinophiles, 68 pour 100.
Myélocytes éosinophiles, 3 pour 100.
Mastzellen, 2 pour 100.
Cellules endothéliales altérées.

Pas d'éosinophilie sanguine (1 pour 100). Eosinophilie nette dans l'expectoration du malade.

Observation VIII

(M. Coskinas)

Z. P..., 22 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 3 mai 1919, quatrième jour de sa congestion pulmonaire grippale. Durée de la fièvre, cinq jours. Epanchement droit séro-hématique. (Ce malade appartenant à un autre service fut ponctionné par nous le jour où il venait de sortir de l'hôpital).

Ponction du 13 mai :

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 22 pour 100.
Cellules endothéliales, 78 pour 100.

Epanchement très riche en éléments figurés. La plupart des cellules endothéliales présentent un protoplasma réduit et un noyau en biloculation ou gonflé et divisé incomplètement. Nombreux leucophages.

Observation IX

(M. Coskinas)

Th..., 21 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 27 mars 1919, troisième jour de sa maladie. Durée de la fièvre, huit jours. Diagnostic : laryngo-trachéo-bronchite grippale, puis congestion pulmonaire des deux bases. Epanchement pleural double séro-fibrineux. Guérison.

Ponction du 3 avril, épanchement gauche :

Quelques hématies.
Globules rouges nucléés, 1 pour 200.
Lymphocytes, 5 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles intacts, 95 pour 100.

Nombreuses cellules endothéliales dont plusieurs en biloculation du noyau. Plusieurs leucophages et hémophages.

Ponction du 10 avril : à gauche, négative ; à droite, épanchement séro-hématique :

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 25 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 75 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales.

De nouvelles ponctions, à droite et à gauche, restent négatives.

Observation X

(M. Coskinas)

Ch. J..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 27 mars 1919, le septième jour de sa broncho-pneumonie grippale à foyers multiples. Durée de la fièvre, vingt et un jours. Epanchement gauche puriforme. Guérison.

Ponction du 3 avril :

Rares hématies.
Très rares globules rouges nucléés.
Polynucléaires neutrophiles intacts, 85 pour 100.
Cellules endothéliales dont quelques-unes à 3-4 noyaux, 15 pour 100.

Ponction du 11 avril :

Rares hématies.
Globules rouges nucléés, 4 pour 100.
Lymphocytes, 8 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 60 pour 100.
Cellules endothéliales, 28 pour 100.

Observation XI

(M. Coskinas)

D. G..., 20 ans. Entre à l'hôpital le 27 mars 1919. Quatrième jour de la maladie. Diagnostic : congestion pulmonaire grippale. Durée de la fièvre, neuf jours. Epanchement gauche séro-fibrineux. Guérison.

Examen du 11 avril :

Nombreuses hématies.
Rares lymphocytes.
Rares cellules endothéliales intactes.

Examen du 19 avril :

Hématies peu nombreuses.
Lymphocytes, 99 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 1 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales plus ou moins intactes et isolées.

Observation XII

(M. Coskinas)

K. C..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 26 mars 1919, deuxième jour de sa trachéo-bronchite grippale. Epanchement droit séro-fibrineux. Durée de la fièvre, sept jours. Guérison.

Examen du 5 avril :

Rares hématies.
Lymphocytes, 13 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 87 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales (50 pour 100 des leucocytes), intactes et isolées.

Observation XIII

(M. Coskinas)

D. Z..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 27 mars 1919, neuvième jour de sa maladie. Durée de la fièvre, treize jours. Diagnostic : congestion pulmonaire grippale. Epanchement droit séro-fibrineux. Guérison.

Examen du 24 avril :

Lymphocytes, 97 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 2 pour 100.
Polynucléaires éosinophiles, 1 pour 100.
Rares cellules endothéliales intactes et isolées.

Le lendemain, nouvelle ponction négative.

Observation XIV

(M. Coskinas)

G. J..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 4 avril 1919, troisième jour de sa broncho-pneumonie grippale. Durée de la fièvre, quatorze jours. Epanchement gauche séro-fibrineux. Guérison.

Examen du 10 avril :

Rares hématies.
Lymphocytes, 22 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 78 pour 100.
Cellules endothéliales altérées en nombre notable. (47 pour 100 des leucocytes).

Observation XV

(M. Coskinas)

B. J..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 27 mars 1919, deuxième jour de sa maladie. Durée de la fièvre, huit jours. Diagnostic : broncho-pneumonie grippale. Epanchement pleural des deux côtés. Guérison.

Examen du 11 avril : épanchement droit séro-hématique.
Hématies en nombre notable.
Lymphocytes, 95 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 5 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales intactes.

Examen du 15 avril : épanchement droit puriforme.
Lymphocytes, 78 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles : 22 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales, la plupart altérées.

Examen du 11 avril : épanchement pleural gauche séro-hématique.

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 36 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 64 pour 100.
Cellules endothéliales altérées.

Examen du 15 avril : épanchement pleural gauche séro-hématique. Même formule.

Observation XVI

(M. Coskinas)

Ch..., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 28 mars 1919, troisième jour de sa maladie. Diagnostic : broncho-pneumonie grippale. Durée de la fièvre, douze jours. Epanchement pleural droit, séro-fibrineux. Guérison.

Ponction du 5 avril : épanchement séro-fibrineux.

Lymphocytes, 1 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles intacts, 99 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales peu altérées.

Ponction du 16 avril : épanchement séro-fibrineux.

Globules rouges nucléés, 1 pour 100.
Lymphocytes, 23 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 76 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales altérées.

Observation XVII

(M Coskinas)

M. L..., 21 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 8 avril 1919, deuxième jour de la congestion pulmonaire grippale. Durée

de la fièvre, huit jours. Epanchement pleural droit, séro-fibrineux. Guérison.

Examen du 10 avril :

Rares hématies.
Lymphocytes, 5 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles : 95 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales.

Examen du 15 avril :

Rares hématies.
Lymphocytes, 54 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 46 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales altérées.

Observation XVIII

(M Coskinas)

G. H.., 20 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 25 mars 1919, troisième jour de sa congestion pulmonaire grippale, avec foyers de broncho-pneumonie. Durée de la fièvre, quinze jours. Epanchement gauche séro-hématique. Guérison.

Ponction du 27 mars :

Nombreuses hématies.
Globules rouges nucléés, 1 pour 300.
Polynucléaires neutrophiles, 100 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales intactes.

Ponction du 28 mars : épanchement séro-fibrineux.

Rares hématies.
Globules rouges nucléés, 4 pour 100.
Lymphocytes, 1 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles intacts, 95 pour 100.
Nombreuses cellules endothéliales peu altérées.

Observation XIX

(M. Coskinas)

Vas..., 20 ans, soldat: Entre à l'hôpital le 28 mars 1919, troisième jour de sa broncho-pneumonie grippale droite, avec congestion pulmonaire gauche. Durée de la fièvre, quatorze jours. Apyrexie de trois jours. Mort le dix-huitième jour : myocardite, phlébite. Epanchement gauche séro-fibrineux.

Ponction du 30 mars : épanchement séro-fibrineux.

Rares hématies.
Lymphocytes, 5 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 95 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales intactes.

Ponction du 1er avril : épanchement séro-fibrineux.

Rares hématies.
Globules rouges nucléés, 5 pour 100.
Lymphocytes, 3 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 92 pour 100.
Cellules endothéliales altérées.

Nouvelle ponction le 4 avril : négative.

Observation XX

(M. Coskinas)

Sp..., 21 ans, soldat. Entre à l'hôpital le 18 mai 1919, troisième jour de sa congestion pulmonaire grippale. Epanchement séro-fibrineux. Guérison.

Ponction du 20 mai :

Rares hématies.
Rares lymphocytes.
Polynucléaires neutrophiles en grand nombre.

Observation XXI

(M. Coskinas)

Z..., 20 ans, soldat. Congestion pulmonaire grippale. Durée de la fièvre, onze jours. Epanchement droit séro-hématique. Guérison.

Ponction du 13 mai (huitième jour de la maladie) :

Nombreuses hématies.
Lymphocytes, 41 pour 100.
Polynucléaires neutrophiles, 59 pour 100 (intacts).
Nombreuses cellules endothéliales bien conservées.

Observations XXII et XXIII

(MM. Widal et Gougerot)

Pleurésies puriformes aseptiques, avec polynucléaires intacts, survenues au cours de pneumonies grippales hyperthermiques et adynamiques.

Dans l'un et l'autre cas, l'existence d'un épanchement pleural révélé par des signes physiques, avait incité à pratiquer une ponction exploratrice.

Chez le premier malade le liquide retiré était purulent ; la défervescence apparut dès le lendemain de la ponction et les signes d'épanchement avaient disparu deux jours plus tard.

Chez l'autre malade, c'est au cinquième jour d'une pneumonie que l'on a retiré 60 centimètres cubes d'un pus jaune verdâtre, opaque, très fibrineux, avec intégrité des polynucléaires. La défervescence se fit le huitième jour. L'épanchement se résorba rapidement, laissant subsister quelques frottements durant quelques jours.

CONCLUSIONS

I. — Les épanchements pleuraux aseptiques au cours de la grippe sont fréquents.

Ils accompagnent les complications pulmonaires (congestion, pneumonie, broncho-pneumonie).

II. — Leur pathogénie semble comporter un élément congestif, mais surtout un élément inflammatoire.

III. — Ils s'installent insidieusement. Ils sont en général de faible volume. Ils présentent des signes physiques souvent amoindris. Ils sont caractérisés par la variabilité de leur aspect : séreux, séro-fibrineux, séro-hématique, séro-puriforme, qui est fonction de la quantité de fibrine, du nombre des éléments figurés exsudés.

IV. — Leur formule cytologique est polymorphe. Elle montre des cellules endothéliales dégénérées, en nombre variable, presque toujours des hématies et surtout des leucocytes polynucléaires et lymphocytes.

Il y a habituellement polynucléose, plus rarement lymphocytose.

Dans le cas de polynucléose, l'intégrité des polynucléaires, jointe à l'absence de germes sur le frottis, permettra de prime abord, en attendant les résultats des ensemencements et inoculations, d'écarter le diagnostic de pleurésie purulente.

Dans le cas de lymphocytose, cultures, inoculations et allure clinique feront éliminer la tuberculose.

V. — L'épanchement de durée variable, évolue en général spontanément vers la guérison.

VI. — Le traitement ne comporte aucune indication spéciale et ne nécessite qu'exceptionnellement l'emploi de la thoracentèse.

Index Bibliographique

BARÈGE. — Cytologie des pleurésies chez les cardiaques et les brightiques (Thèse de Lyon, 1903).

BOURGES. — *In Manuel de Médecine Debove, Achard*, 1897.

BOURNEAU. — Pleurésies post-pneumoniques (Th. de Paris, 1910).

BROCARD. — De la pleurésie grippale (Thèse de Paris, 1890).

CASTAIGNE. — Les maladies de la plèvre (Paris, 1912).

COSKINAS. — Sur les épanchements pneumogènes de la plèvre consécutifs aux lésions pulmonaires grippales (*La Presse Médicale*, 17 janvier 1920).

LACASSAGNE. — Quelques cas de complications pulmonaires de la grippe (*Journal Médical Français*, janvier 1919).

LE DAMANY. — Les pleurésies séro-fibrineuses (Th. Paris, 1897 ; *La Presse Médicale*, 26 octobre 1901).

LOUIS, A. — La pleurésie parapneumonique (Th. Lyon, 1904).

MANGENOT. — Les déterminations pleurales de la grippe (Thèse de Lyon, 1892).

OLMER. — Les pleurésies au cours de la grippe (*Journal Médical Français*, juillet 1919 ; *La Presse Médicale*, 7 avril 1919).

PRESSE MEDICALE (Années 1918, 19, 20).

RAVAUD. — Cytodiagnostic (Thèse de Paris, 1901).

RATHERY, DAVID, RAULT, THOMAS. — Les manifestations pulmonaires au cours de la grippe (*Paris Médical*, 1er mars 1919).

RICHET Ch. Fils et A. BARBIER. — (*Société Médicale des Hôpitaux*, 8 novembre 1918).

SIEMS. — Pleurésies parapneumoniques (Thèse Paris, 1901).

WIDAL et GOUGEROT. — Pleurésie puriformes aseptiques (*Société Médicale des Hôpitaux*, 27 juillet 1906 ; *Académie de Médecine*, 9 juillet 1907).

WIDAL et RAVAUT. — Cytodiagnostic (*Société de Biologie*, 30 juin 1900).

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr ARDIN-DELTEIL.

Vu :

Le Doyen,

Dr CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 16 avril 1920.

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Dr CURTILLET.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER